



Aplicación Plan de Salud de Indiana

Forma Estatal 53422 (10-07) / HIP 2515S



DFRIHAS01

*Esta agencia requiere conocer el Número de Seguro Social de acuerdo al IC 4-1-8-1; Este requerimiento es necesario y este registro no puede ser procesado sin dicha información



HIP – Plan de Salud de Indiana – es un plan de seguro de salud para adultos. El HIP provee un paquete global de beneficios a través de aseguradoras privadas. Los miembros de HIP pagan una cantidad mensual a una cuenta para cubrir una parte de los gastos. Los miembros que no realicen sus pagos mensuales se darán de baja su inscripción y no podrán volver a aplicar por un periodo de 12 meses.

Nota: Las mujeres embarazadas y los menores de edad no deben completar esta aplicación, deben utilizar la Aplicación Hoosier Healthwise. Llame al 1-877-GET HIP 9 (1-877-438-4479) para obtener una copia de la Aplicación Hoosier Healthwise.

1. Si necesita ayuda para elegir un plan de salud, por favor llame al 877-438-4479. Si ya decidió el Plan de Salud, por favor marque la casilla correspondiente a la opción de plan que desea.

Anthem Blue Cross & Blue Shield MDwise con AmeriChoice

2. Díganos sobre los miembros adultos de su familia viviendo en su casa. Ponga una √ en la última columna si la persona está aplicando para HIP.

Nombre (Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	*Seguro Social #	Estado Civil M/D/S	Raza	Sexo M/F	Parentesco con Aplicante #1	Ciudadana no U.S.? Si / No	Ponga una √ si está aplicando
Adulto / Aplicante #1						Mismo		
Adulto / Aplicante #2								

3. Díganos sobre los menores de edad viviendo en su casa.

Nombre (Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	*Seguro Social #	Aplicante #1 es cuidador de este menor Si/No	Aplicante #2 es cuidador de este menor Si/No	Raza	Sexo M/F	Ciudadano U.S.? Si / No
Menor #1							
Menor #1 Parentesco con Aplicante #1:			Menor #1 Parentesco con Aplicante #2:				
Menor #2							
Menor #2 Parentesco con Aplicante #1:			Menor #2 Parentesco con Aplicante #2:				
Menor #3							
Menor #3 Parentesco con Aplicante #1:			Menor #3 Parentesco con Aplicante #2:				
Menor #4							
Menor #4 Parentesco con Aplicante #1:			Menor #4 Parentesco con Aplicante #2:				

Llenado por el Centro de Inscripciones:

Fecha de Aplicación:(mm, dd, aaaa)_____ Código del Centro: _____ Entrevistador: _____





4. Cuantos miembros en total viven en su casa? _____

5. E-mail de Aplicante: #1 _____ #2 _____

6. Díganos su dirección y número telefónico.

Dirección Casa	Ciudad	Estado	Código Postal	País	Número Telefónico
Dirección de Correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	País	Número Telefónico

7. Todos los aplicantes viven en Indiana? Si No

8. Alguno de los aplicantes paga a alguien para cuidado de menores o para cuidado de una persona mayor o discapacitada tal que un miembro del hogar pueda trabajar, buscar trabajo o ir a la escuela? Sí No

Si sí, la persona que esta pagando los gastos vive en la casa? Si No

Si no, ir a pregunta 9. Si sí, introduzca *solo el gasto propio*, no los gastos de alguien fuera del hogar, o agencia de asistencia de cuidado de menores.

Aplicante #	Nombre de persona que esta bajo cuidado	Periodo de pago	Monto pagado
Nombre de cuidador		Dirección del cuidador (Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	

9. Complete esta sección para cada aplicante que no es ciudadano de los Estados Unidos.

1. Residente Permanente Legal 3. Asilo Político Concedido 5. Libertad Condicional 7. Indocumentado
2. Refugiado 4. Entrante Cubano/Haitiano 6. Asiático-Americano 8. Otro (especifique)

Aplicante #	Número de Documento	Estado Inmigración (número de arriba)	Fecha de Estado Inmigración (MM/DD/AA)	País de origen	Fecha de entrada a los Estados Unidos. (MM/DD/AA)

10. Para cada aplicante, por favor introduzca la siguiente información.

	Ponga una <input type="checkbox"/> si es invidente o deshabilitado	Ponga una <input type="checkbox"/> si esta embarazada	Tiene seguro de salud con su empleador? (circule la opción)	Esta cubierto por un seguro de salud actualmente (circule la opción)	Ultima fecha cubierto por un seguro de salud (MM/DD/AA)	Porqué perdió el seguro de salud? Por favor seleccione una opción; Pérdida de empleo, No pudo pagarlo, Cobertura límite alcanzada, La compañía finalizó la cobertura, Pariente retiró el seguro, Divorcio, Otro
Aplicante #1			Si / No	Si / No		
Aplicante #2			Si / No	Si / No		





11. Díganos cuanto es el ingreso laboral de el(los) aplicante(s).	
Aplicante #1	Aplicante #2
Fecha inicio (MM/DD/AA)	Fecha inicio (MM/DD/AA)
Fecha fin (MM/DD/AA)	Fecha fin (MM/DD/AA)
Monto Total pagado por periodo (\$)	Monto Total pagado por periodo (\$)
Periodo de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otra: _____	Periodo de pago? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otra: _____
Horas trabajadas por semana	Horas trabajadas por semana
Persona propio-empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Persona propio-empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Las horas de trabajo varían? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Las horas de trabajo varían? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador y número telefónico	Nombre del empleador y número telefónico

12. Díganos si usted o miembros de su familia reciben otros ingresos de los listados a continuación
Si sus familiares no tienen ingresos, ponga iniciales de su nombre aquí: _____.

A) SSI	F) Asignación Militar	K) Pago de intereses	O) Apoyo a Menores
B) Seguro Social	G) Desempleado	L) Ingreso Educativo	P) Ingreso de empleado de menores
C) Beneficios de vejez	H) Pensión alimenticia	M) Dinero de amigos, parientes, etc.	Q) Otro:
D) Retiro de ferrocarrilero	I) Beneficios por Enfermedad	N) Compensación laboral	_____
E) Pensionado	J) Beneficios por Huelga		_____

Quién recibe los pagos? (aplicante # o menor #)	Qué tipo de pago? (Utilice código de letras en parte superior)	Con qué frecuencia recibe los pagos?	Cuándo iniciaron los pagos?	Monto de los pagos (\$)

13. Lea cuidadosamente, luego firme y ponga fecha abajo. Yo certifico bajo pena de perjurio, que toda la información que he dado es completa y correcta en mi mejor conocimiento y creencia. Yo por este medio asigno al Estado de Indiana, mis derechos para cobertura médica y pagos para cuidados médicos, los cuales tengo a mi nombre y de otras personas bajo esta aplicación, cuyos derechos yo puedo asignar legalmente.

Firma Aplicante #1 : _____ Fecha: (MM/DD/AA): _____

Firma Aplicante #2 : _____ Fecha: (MM/DD/AA): _____

Firma del testigo si firmaron con una "X": _____





Cuestionario Aplicación de Salud

(Esta forma debe ser llenada y firmada para que la Aplicación sea considerada como completa)

En la mejor manera posible, por favor conteste "Si" o "No" a las siguientes preguntas marcando la casilla con la respuesta adecuada. Esta información es utilizada para determinar si es elegible para el Plan de Servicios Especializados. Este plan ofrecerá un grado superior de cuidado médico coordinado, para personas con necesidades de cuidado especial de salud. Si es elegible de alguna manera para el plan HIP, no puede ser negada la cobertura basados en una condición medica. Contestando "Si" a cualquiera de las siguientes preguntas no le asegura obtener la cobertura médica relacionada.

Para cada una de las preguntas a continuación marque solo un círculo para cada aplicante.	Aplicante #1	Aplicante #2
14. En los últimos tres años ha sido diagnosticado o activamente tratado de un cáncer interno? Esto incluye pero no limita cáncer en: cerebro; cabeza o cuello; garganta, esófago; laringe; pulmón; pecho, estomago; intestinos; colon; páncreas; hígado o extensión biliar, ovarios; próstata; testículos; vejiga; hueso o sangre.	Si / No	Si / No
15. Ha sido receptor de un transplante de órgano incluyendo corazón, pulmón, hígado, riñón o médula ósea?	Si / No	Si / No
16. Esta actualmente en lista de espera de un transplante de alguno de los órganos arriba mencionados o fue advertido que requiere un transplante dentro de los próximos 12 meses?	Si / No	Si / No
17. Ha sido diagnosticado o advertido por un profesional médico que tiene HIV, AIDS o el virus que causa AIDS?	Si / No	Si / No
18. usted toma o ha tomado medicamento para HIV, AIDS o el virus que causa el AIDS?	Si / No	Si / No
19. Usted ha sido diagnosticado con anemia aplástica?	Si / No	Si / No
20. Usted requiere transfusiones de sangre continuamente debido a alguna condición medica?	Si / No	Si / No
21. Usted ha sido diagnosticado o tratado por hemofilia, u otra rara enfermedad sanguínea incluyendo enfermedad de Von Willebrand, o factores congénitos de desorden VIII?	Si / No	Si / No

AUTORIZACION PARA ENTREGA DE INFORMACION MEDICA

Yo autorizo y doy instrucciones al proveedor medico nombrado abajo para entregar mi información de salud individual a la Administración de Servicios Sociales y familiares de Indiana (FSSA), incluyendo a compañías y personas contratadas dentro de la Administración del Plan de Salud de Indiana. Información concerniente a mi cuidado medico, tratamiento o advertencias médicas u otros registros de cuidados, diagnósticos, información de fármacos, información sobre HIV o AIDS, si es juzgado necesario por la FSSA para determinar mi elegibilidad para los beneficios sobre el Plan HIP de servicios especializados y administrar beneficios sobre el plan que me pueda ser dado.

Yo autorizo que una copia o fax de esta entrega médica pueda ser utilizada para obtener información que se requiera.

Yo doy mi consentimiento para la entrega de mi número de seguro social. Entiendo que esta información esta protegida bajo confidencialidad Federal y Estatal y regulaciones de privacidad y que no puede ser transmitida sin mi autorización escrita a menos que la ley lo autorizara de otra manera. Yo entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, si así lo hiciera, la revocación no afectara cualquier acción previamente tomada o usada o revelada previa a la revocación.

Esta autorización expira catorce (14) meses después de la fecha de la firma abajo o hasta ser cubierto sobre el último plan cualesquiera, a menos que sea revocado por mi.

Firma Apicante #1 : _____ Fecha: (MM/DD/AA): _____

Nombre Impreso Apicante #1 _____

Proveedor, dirección y teléfono Apicante # 1: _____

Firma Apicante #2 : _____ Fecha: (MM/DD/AA): _____

Nombre Impreso Apicante #2 _____

Proveedor, dirección y teléfono Apicante # 2: _____

Toda la información será tratada confidencialmente de acuerdo al 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 42 CFR 431 Fracción F y 45 CFR 164 Fracción E.





HEALTHY INDIANA PLANSM
Health Coverage = Peace of Mind

Información para Comenzar

Su aplicación esta incluida para el Plan Sano de Indiana, un programa del alcance de la salud para adultos no asegurado entre las edades de 18 a 64. Los pasos para seguir al solicitar (**HIP**) están explicada abajo.

Paso # 1: Complete y firme la aplicación.

Conteste TODAS las preguntas verdaderamente y completamente al mejor de su conocimiento, inclusive el Cuestionario de la Investigación de la Salud. Utilice pluma sólo negra o azul.

Reúna y copie cualquiera de los documentos enumerados abajo como la prueba de la información en su aplicación. Mandar estos papeles con su aplicación nos ayudará procesarlos más rápido. Escriba su nombre y el número del Seguro Social en todas las copias de los documentos que usted manda con su aplicación.

Para proporcionar la prueba de...	Enviar para cada persona que aplica...
La Identidad	Permiso de conducir válido, documento válido del estado o identificación de foto de estudiante. Si usted tiene alguien actuando sobre su beneficio, esa persona necesitará proporcionar la prueba de su identidad también.
La ciudadanía de EEUU	Certificado de nacimiento Legal, el Certificado de la Naturalización, el Certificado de la Ciudadanía, pasaporte de EE.UU. si fue publicado con ningunas restricciones.
El dinero recibido por solicitante, por el esposo, y por niños dependientes en los Sueldos de hogar:	<p>Ingresos: Los talonarios de la paga, los cheques de pago, la declaración del empleador (empleadores) por las la mayoría de los presentes mes;</p> <p>La terminación del Empleo: una declaración del último empleador que da las fechas del empleo y la razón para la terminación.</p> <p>El autoempleo: Última declaraciones de renta firmada del año o expedientes de autoempleo mantenido personalmente.</p> <p>El Apoyo del niño, la Seguridad Social, VA, SSI, Compensación de los Trabajadores, la incapacidad, la paga enferma, el desempleo, u otros beneficios: mandato judicial, documentación de premio u otra prueba del pago de la fuente de los ingresos.</p> <p>Los préstamos, los regalos, o contribuciones: El pagaré; el acuerdo del préstamo; o la declaración de persona que proporciona el dinero que incluye el nombre de persona, la dirección, el número de teléfono, la firma, y la fecha.</p>
La tutela o el Poder	Si alguien tiene la autoridad legal para actuar sobre su beneficio, proporcione una copia del Poder, de la Orden de la Tutela, del Mandato judicial, o de documentos semejantes.
La Posición de la inmigración	Si usted no es un ciudadano de EEUU, necesita presentar una copia de su tarjeta extranjera de matrícula, tarjeta de residente permanente, u otra documentación de la Oficina para Servicios de Ciudadanía e Inmigración (anteriormente el EN).

Paso # 2: Devuelva la aplicación a nosotros. Usted puede devolver su aplicación completada y otros documentos a nosotros por:

- ✓ Enviar por correo al Centro de Documento al: El Centro de Documento de FSSA/Apartado de correos 1630 / Marion, IN 46952; o
- ✓ Fax al Centro de Documento al 1-800-403-0864; o
- ✓ Visite una oficina local de FSSA DFR. Para encontrar una oficina local, visite nuestro sitio en la Internet en www.in.gov/fssa/dfp o llame gratuito al 1-800-403-0864.

Paso # 3: Coopere con pedidos para más información o entrevistas. Nosotros le contactaremos por teléfono o correo si necesitamos información o documentación adicional para completar su aplicación. Responda por favor rápidamente a pedidos para la información adicional para que podamos procesar su aplicación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

ACERCA DEL PLAN SANO de INDIANA (HIP)

Mantenga esta información para sus registros. No lo mande con su aplicación.

Los beneficios bajo el Plan Sano de Indiana (HIP)

El Plan Sano de Indiana proporciona seguro de enfermedad al alcance de adultos elegibles. Los miembros matriculados mantienen sus beneficios de HIP por 12 meses continuos aún si cambian los ingresos o el tamaño de la familia. Los miembros deben vivir en Indiana y tener ningún acceso u otro alcance de seguro de enfermedad. Los beneficios son proporcionados por compañías privadas de seguro de enfermedad y también los Servicios Aumentados de Estado Planea (ESP) para miembros que tienen las necesidades médicas complejas. Usted puede escoger su plan de la salud en la primera página de la aplicación, o usted puede llamar la Línea de HIP al número en la aplicación para conseguir información adicional acerca del plan y registrar su elección. Si usted no escoge un plan de la salud, uno será escogido para usted. Los miembros con necesidades complejas de asistencia médica serán asignados a la (ESP) para que puedan tener acceso a los servicios de la administración de la enfermedad aumentada y a las redes especializadas. Una condición de la salud del solicitante no tiene relación con la decisión de la elegibilidad de (HIP). Si FSSA determina que la (ESP) no es el plan apropiado de salud, el plan del miembro será transferido. Los beneficios no transcurrirán cuando el plan es cambiado de (ESP) a otro plan de salud de (HIP). Los miembros de (HIP) tienen una cuenta del PODER (POWER) de \$1100 que será utilizado para pagar por sus gastos iniciales de asistencia médica. El Estado contribuirá a la cuenta y los miembros pagan un pequeño porcentaje de sus ingresos (2% - 5%) según una escala móvil basada en los ingresos de la familia. Cuando una aplicación es aprobada, el nuevo miembro es notificado por escrito de la cantidad del pago del PODER (POWER). Su pago de la cuenta del PODER (POWER) permanecerá igual durante su período de 12 meses de la matriculación a menos que usted informe de un cambio y pregunte específicamente que su pago se calcule de nuevo. Durante el período de 12 meses de la matriculación, usted puede solicitar un cálculo nuevo sólo para cambios en sus ingresos. Esta limitación no aplica a cambios en el tamaño de la familia. **Usted debe hacer su contribución de cuenta de PODER (POWER) cada mes. La falta de pago puede resultar en la terminación del programa, y una vez que haya terminado el programa debido a falta de pago, una persona no puede regresar al programa por 1 año.**

Para Información Adicional sobre el Plan Sano de Indiana (HIP), llame a la línea de asistencia telefónica al 1 (877) GET-HIP 9 (438-4479)

Sus Derechos y Responsabilidades como un Solicitante y Miembro de (HIP)

1. Una vez que su aplicación firmada es recibida, las reglas federales permiten 45 días para tomar una decisión sobre su elegibilidad. Nosotros le mandaremos una nota escrita que explica si usted califica para (HIP). Usted puede apelar y puede tener una audiencia si usted no esta de acuerdo con cualquier decisión en su elegibilidad o si su aplicación no es procesada en 45 días.
2. La información que usted da en la aplicación es mantenida confidencial bajo el estado y la ley federal.
3. Un número del seguro social (SSN) debe ser dado para cada solicitante que puede tener legalmente un número. Un solicitante que no tiene un número debe solicitar uno. Su SSN será utilizado para verificar información mantenido por la Administración de la Seguridad social, por la Hacienda Pública (Internal Revenue Service-IRS), por el Desarrollo de Fuerza de trabajo y por otras agencias del estado y federales. Pedimos el SSNs de miembros de la familia no solicitando (HIP) para propósitos de identificación; sin embargo usted no esta requerido proporcionar el número.

4. La elegibilidad para beneficios es considerada sin cualquier consideración a raza, color, el sexo, la edad, el origen de la incapacidad o la nacionalidad. Preguntamos por su herencia racial-étnica para conformarse con la ley Civil y Federal, sin embargo usted no está requerido proporcionar esta información. Si usted escoge no proporcionar esta información, nosotros indicaremos una categoría de pertenencia étnica o raza con el propósito de coleccionar datos.
5. Cierta información dada en su aplicación, tal como sus ingresos deben ser verificados. Si usted no puede conseguir los papeles necesarios, usted necesitará firmar una forma de la liberación para que nosotros los podamos conseguir para usted.
6. Usted debe proporcionar información exacta. Una persona que da información falsa o tergiversa la verdad comete un crimen y puede ser procesado bajo la ley federal, el estado, o los dos. El valor de beneficios recibidos por una persona que no fue permitida para recibirlos, son susceptibles a la recuperación por el Estado.
7. SI USTED CAMBIA LA VIVIENDA, por favor de informarnos de su nueva dirección para que correo importante acerca de su aplicación y la asociación le alcanzarán sin tardar. También, usted nos debe decir si usted consigue seguro de enfermedad de otra fuente tal como cuidado Médico, o si su empleador ofrece seguro de enfermedad al alcance.
8. La posición de la inmigración de no-ciudadanos que solicitan (HIP) es susceptible a la comprobación por la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (CIS). Los inmigrantes indocumentados y los residentes permanentes lícitos que todavía no han vivido en los EE.UU. durante 5 años no son elegibles para beneficios repletos de (HIP). (HIP) no informa a inmigrantes sin documentar al CIS.
9. Usted está requerido a asignar sus derechos médicos. Esto incluye los derechos al apoyo y el pago médicos para algún cuidado médico que usted tiene a favor de usted mismo o sus niños que reciben Healthwise/Seguro MEDICO de Hoosier. Si usted no hace esto, su aplicación será negada.
10. Si usted cree que ha sido discriminado contra y desea presentar una denuncia, usted puede hacerlo así contactando el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Director Regional, la Región V, la Oficina para Derechos Civiles, 233 N. Michigan Avda., la Serie 240, Chicago, Illinois, 60601. Usted puede llamar la Oficina Regional al número de teléfono (800) 368-1019 o, para la Llamada de TDD, (800) 537-7697.